

**IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.**

2020 FEB 10 PM 4:22

NAME	CLAIM #	DATE FILED	DEBTOR	ASSERTED CLAIM AMOUNT
Morales Ortiz, Olga	141115	6/29/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Reason:	Proof of claim purports to assert liabilities associated with the Commonwealth of Puerto Rico, but fails to provide any basis or supporting documentation for asserting a claim against the Commonwealth of Puerto Rico, such that the Debtors are unable to determine whether claimant has a valid claim against the Commonwealth of Puerto Rico or any of the other Title III debtors			

**SI SU RECLAMO ESTÁ INCLUIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.**

NOMBRE	N.º DE RECLAMACIÓN	FECHA DE PRESENTACIÓN	DEUDOR	MONTO DE LA RECLAMACIÓN ALEGADA
Morales Ortiz, Olga	141115	6/29/2018	Commonwealth of Puerto Rico	\$0.00
Base para:	La evidencia de reclamación tiene la intención de formular las responsabilidades asociadas con el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, pero no proporciona los fundamentos ni la documentación de respaldo para formular una reclamación contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico, de manera que los Deudores no pueden determinar si el reclamante tiene una reclamación válida contra el Estado Libre Asociado de Puerto Rico o cualquiera de los otros deudores en virtud del Título III.			

Copies of the Omnibus Objection and all other filings in the Title III Cases are available free online at <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y todos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de manera gratuita, en <https://cases.primeclerk.com/puertorico>. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Prime Clerk LLC llamando al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. y las 07:00 p.m. (AST) (hablamos español).

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL  
DISTRITO DE PUERTO RICO

Fill in this information to identify the case (Select only one Debtor per claim form). /  
Llene esta información para identificar el caso (seleccione sólo un deudor por formulario de reclamación).

<input checked="" type="checkbox"/> Commonwealth of Puerto Rico El Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03283	Petition Date: May 3, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation (COFINA) La Corporación del Fondo de Interés Apremiante de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03284	Petition Date: May 5, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Highways and Transportation Authority La Autoridad de Carreteras y Transportación de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03567	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico El Sistema de Retiro de los Empleados del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico	Case No. 17-bk-03566	Petition Date: May 21, 2017
<input type="checkbox"/> Puerto Rico Electric Power Authority La Autoridad de Energía Eléctrica de Puerto Rico	Case No. 17-bk-04780	Petition Date: July 2, 2017

RECEIVED  
JUN 29 2018  
PRIME CLERK LLC

Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modificado

**Proof of Claim / Evidencia de reclamación**

04/16

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality on this form or on any attached documents. Attach redacted copies of any documents that support the claim, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. Do not send original documents; they may be destroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en virtud del Título III. No utilice este formulario para solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b) (9) del U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de conformidad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Quienes presenten la documentación deben omitir o editar información que reúna los requisitos para ser tratada con privacidad o confidencialidad en este formulario o en cualquier otro documento adjunto. Adjunte copias editadas de cualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés, órdenes de compra, facturas, balances detallados de cuentas en funcionamiento, contratos, resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de garantías. No adjunte documentos originales, ya que es posible que los documentos adjuntos se destruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los motivos en un anexo.

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Complete toda la información acerca de la reclamación a la fecha en la que se presentó el caso.

**Part 1 / Parte 1**

**Identify the Claim / Identificar la reclamación**

1. Who is the current creditor?

¿Quién es el acreedor actual?

*Olga Morales Cortez*

Name of the current creditor (the person or entity to be paid for this claim)  
Nombre al acreedor actual (la persona o la entidad a la que se le pagará la reclamación)

Other names the creditor used with the debtor  
Otros nombres que el acreedor usó con el deudor

<p>2. Has this claim been acquired from someone else?</p> <p>¿Esta reclamación se ha adquirido de otra persona?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. From whom? <u>Sí. ¿De quién? _____</u></p>
<p>3. Where should notices and payments to the creditor be sent?</p> <p>Federal Rule of Bankruptcy Procedure (FRBP) 2002(g)</p> <p>¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p>Norma federal del procedimiento de quiebra (FRBP, por sus siglas en inglés) 2002(g)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>Where should notices to the creditor be sent? ¿A dónde deberían enviarse las notificaciones al acreedor?</p> <p><u>Olga Morales Ortiz</u> Name / Nombre</p> <p><u>#41 Ricardo Balazguider Est. Aguadilla</u> Number / Número Street / Calle</p> <p><u>Guayanilla P.R. 00656</u> City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal</p> <p><u>(787) 375-4256</u> Contact phone / Teléfono de contacto</p> <p>_____ Contact email / Correo electrónico de contacto</p> </div> <div style="width: 48%;"> <p>Where should payments to the creditor be sent? (if different) ¿A dónde deberían enviarse los pagos al acreedor? (En caso de que sea diferente)</p> <p>_____ Name / Nombre</p> <p>_____ Number / Número Street / Calle</p> <p>_____ City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Código postal</p> <p>_____ Contact phone / Teléfono de contacto</p> <p>_____ Contact email / Correo electrónico de contacto</p> </div> </div>
<p>4. Does this claim amend one already filed?</p> <p>¿Esta reclamación es una enmienda de otra presentada anteriormente?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Claim number on court claims registry (if known) Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judiciales (en caso de saberlo) _____ Filed on / Presentada el _____ (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)</p>
<p>5. Do you know if anyone else has filed a proof of claim for this claim?</p> <p>¿Sabe si alguien más presentó una evidencia de reclamación para esta reclamación?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Who made the earlier filing? Sí. ¿Quién hizo la reclamación anterior? _____</p>

## Part 2 / Parte 2:

### Give Information About the Claim as of the Petition Date

**Complete toda la información acerca de la reclamación desde la fecha en la que se presentó el caso.**

<p>6. Do you have a claim against a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?</p> <p>¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento específico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: <a href="https://cases.primeclerk.com/puertorico/">https://cases.primeclerk.com/puertorico/</a>.)</p> <p>Sí. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Puerto Rico está disponible en: <a href="https://cases.primeclerk.com/puertorico/">https://cases.primeclerk.com/puertorico/</a>).</p>
<p>7. Do you supply goods and / or services to the government?</p> <p>¿Proporciona bienes y / o servicios al gobierno?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> No / No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes. Provide the additional information set forth below / Sí. Proporcionar la información adicional establecida a continuación:</p> <p>Vendor / Contract Number   Número de proveedor / contrato: _____</p> <p>List any amounts due after the Petition Date (listed above) but before June 30, 2017:</p> <p>Anote la cantidad que se le debe después de la fecha que se presentó el caso (mencionados anteriormente), pero antes del 30 de junio de 2017 \$ _____</p>

<b>8. How much is the claim?</b>  ¿Cuál es el importe de la reclamación?	\$ <u>ignorado</u>	<b>Does this amount include interest or other charges?</b> ¿Este importe incluye intereses u otros cargos? <input type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Attach statement itemizing interest, fees, expenses, or other charges required by Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A). Sí. Adjunte un balance con intereses detallados, honorarios, gastos u otros cargos exigidos por la Norma de Quiebras 3001(c)(2)(A).
<b>9. What is the basis of the claim?</b>  ¿Cuál es el fundamento de la reclamación?	<p>Examples: Goods sold, money loaned, lease, services performed, personal injury or wrongful death, or credit card. Attach redacted copies of any documents supporting the claim required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit disclosing information that is entitled to privacy, such as health care information.</p> <p>Por ejemplo: Venta de bienes, préstamo de dinero, arrendamiento, prestación de servicios, lesiones personales u homicidio culposo, o tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de cualquier documento que respalde la reclamación conforme a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001(c). Limite la divulgación de información que reúne los requisitos para ser tratada con privacidad, tal como información sobre atención médica.</p> <p style="text-align: center;"><u>cantidad de dinero (Romero adeudado)</u></p>	
<b>10. Is all or part of the claim secured?</b>  ¿La reclamación está garantizada de manera total o parcial?	<div><input type="checkbox"/> No / No <input checked="" type="checkbox"/> Yes. The claim is secured by a lien on property. Sí. La reclamación está garantizada por un derecho de retención sobre un bien.</div> <div><b>Nature of property / Naturaleza del bien:</b> <input type="checkbox"/> Motor vehicle / Vehículos  <input checked="" type="checkbox"/> Other. Describe: Otro. Describir: <u>dinero retenido del Romero.</u></div> <div><b>Basis for perfection / Fundamento de la realización de pasos adicionales:</b> _____</div> <div>Attach redacted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for example, a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has been filed or recorded.) Adjunte copias editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales para hacer valer un derecho de garantía (por ejemplo, una hipoteca, un derecho de retención, un certificado de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha presentado o registrado un derecho de retención.</div> <div><b>Value of property / Valor del bien:</b> \$ _____</div> <div><b>Amount of the claim that is secured /</b> <b>Importe de la reclamación que está garantizado:</b> \$ _____</div> <div><b>Amount of the claim that is unsecured /</b> <b>Importe de la reclamación que no está garantizado:</b> \$ _____ (The sum of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.) (La suma del importe garantizado y no garantizado debe coincidir con el importe de la línea 7.)</div> <div><b>Amount necessary to cure any default as of the Petition Date /</b> <b>Importe necesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso :</b> \$ _____</div> <div><b>Annual Interest Rate (on the Petition Date)</b> <b>Tasa de interés anual (cuando se presentó el caso)</b> _____ % <input type="checkbox"/> Fixed / Fija <input type="checkbox"/> Variable / Variable</div>	
<b>11. Is this claim based on a lease?</b>  ¿Esta reclamación está basada en un arrendamiento?	<div><input checked="" type="checkbox"/> No / No <input type="checkbox"/> Yes. Amount necessary to cure any default as of the Petition Date. Sí. Importe necesario para compensar toda cesación de pago a partir de la que se presentó el caso \$ _____</div>	

12. Is this claim subject to a right of setoff?

☐ No / No

☒ Yes. Identify the property /  
Sí. Identifique el bien:

años de servicio.

¿La reclamación está sujeta a un derecho de compensación?

13. Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(9)?

☐ No / No

☒ Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such claim.

\$

¿La reclamación, total o parcial, cumple los requisitos para ser tratada como prioridad administrativa conforme al Título 11 § 503(b)(9) del U.S.C.?

Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el deudor dentro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los negocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.

años de servicio

Part 3 / Parte 3:

Sign Below / Firmar a continuación

The person completing this proof of claim must sign and date it.  
FRBP 9011(b).

If you file this claim electronically, FRBP 5005(a)(2) authorizes courts to establish local rules specifying what a signature is.

La persona que complete esta evidencia de reclamación debe firmar e indicar la fecha.  
FRBP 9011(b).

Si presenta esta reclamación de manera electrónica, la FRBP 5005(a)(2) autoriza al tribunal a establecer normas locales para especificar qué se considera una firma.

Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:

☒ I am the creditor. / Soy el acreedor.

☐ I am the creditor's attorney or authorized agent. / Soy el abogado o agente autorizado del acreedor.

☐ I am the trustee, or the debtor, or their authorized agent. Bankruptcy Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. Norma de quiebra 3004.

☐ I am a guarantor, surety, endorser, or other codebtor. Bankruptcy Rule 3005. / Soy el garante, fiador, endosante u otro codeudor. Norma de quiebra 3005.

I understand that an authorized signature on this *Proof of Claim* serves as an acknowledgment that when calculating the amount of the claim, the creditor gave the debtor credit for any payments received toward the debt.

Comprendo que una firma autorizada en esta *Evidencia de reclamación* se considera como un reconocimiento de que al calcular el importe de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para saldar la deuda.

I have examined the information in this *Proof of Claim* and have a reasonable belief that the information is true and correct.

He leído la información en esta *Evidencia de reclamación* y tengo motivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.

Executed on date / Ejecutado el 05/Janio/2018 (MM/DD/YYYY) / (DD/MM/AAAA)

Signature / Firma

Olga Morales Ortiz

Print the name of the person who is completing and signing this claim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamación:

Name

First name / Primer nombre

Middle name / Segundo nombre

Last name / Apellido

Olga Morales Ortiz

Title / Cargo

BSN

Company / Compañía

Salud

Identify the corporate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.  
Identifique al recaudador corporativo como la compañía si el agente autorizado es un recaudador.

Address / Dirección

Number / Número

Street / Calle

City / Ciudad

State / Estado

ZIP Code / Código postal

#41 Ricardo Balazguier Ex Guaydia

Guaymilla

P.R. 00656

Contact phone / Teléfono de contacto

Email / Correo electrónico

(787) 375-4256

**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO**  
**INFORME DE SUELDOS Y DEDUCCIONES**

NOMBRE			IDENTIFICACION			PERIODO QUE TERMINA EN		NUMERO DE COMPROBANTE		NUMERO DE CHEQUE	
OLGA MORALES ORTIZ			[REDACTED]			31 08 85		035219		557298081	
ESPECIFICAS						DEDUCCIONES					
CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS	SEGURO SOCIAL	RETIRO	SERVICIOS MEDICOS	ASOCIACION DE EMPLEADOS AHORROS SEGURO		CLAVE	IMPORTE	CLAVE	IMPORTE	CLAVE	IMPORTE
ACUMULADO DURANTE EL AÑO NATURAL						36	2500	81	575		
55864	40720	29432									
MES CORRIENTE											
6983	5090	3679	5300	2166							
577600	577600	72200	72200	22900	26293	23007					
SUELDO BRUTO DEVENGADO	SUELDO TRIBUTABLE SEGURO SOCIAL	SUELDO TRIBUTABLE SEGURO SOCIAL	SUELDO BRUTO DEVENGADO	ADELANTO SUELDO 14 <sup>ta</sup> QUINCENA	TOTAL DEDUCCIONES	PAGA NETA					
ACUMULADO DURANTE EL AÑO NATURAL						MES CORRIENTE					

VEASE CLAVES AL DORSO

AEELA-54  
1-85 (REV.)

ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE P.R.

ESTADO DE CUENTA A: 12/31/85  
CON TRANSACCIONES A: 09/31/85

P FECHA COMPR IMPORTE AMORT BALANCE

N C D E U D A

TOTAL AHORROS  
ACUM. A: 09/85  
1.008.81

TOTAL DIVIDENDOS  
ACUM. A: 06/84  
83.06

SEG SOC: -0002  
DT: 13-09

IVAN R. ROMAN  
DIRECTOR EJECUTIVO

ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE P.R.

MORALES ORTIZ OLGA  
BZN 379 BO MAGAS ARRIBA  
GUAYANILLA 00656

ASOCIACION DE EMPLEADOS  
INFORME INTERESES PAGADOS

PARA FINES DE SU INFORME AL NEGOCIADO DE CONTRIBU-  
CIONES SOBRE INGRESOS. NOTIFICAMOS LOS INTERESES  
PAGADOS POR USTED A ESTA ASOCIACION.

MORALES ORTIZ OLGA  
SEG SOC: -0002

IVAN R. ROMAN

DIRECTOR EJECUTIVO  
ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE P.R.

00000	1985	*****.00
SU PRESTAMO NUMERO	AÑO	CANTIDAD
		INTERESES PAGADOS

08-38

10-86 (Rev.)



Estado Libre Asociado de Puerto Rico

ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO  
DE LOS EMPLEADOS DEL GOBIERNO Y LA JUDICATURA  
Apertado 42003, Estación Minillas, Santurce, P. R. 00940

HOJA DE SERVICIOSINSTRUCCIONES:

Este formulario se utiliza para recopilar información sobre los servicios prestados al-Gobierno por el participante del Sistema de Retiro.

1. Informe los sueldos devengados por el empleado sin descontar las ausencias, castigos, licencias y otros, pero excluyendo toda bonificación o pago por concepto de horas extras trabajadas.
2. En el apartado "Observaciones" indique aquellos períodos de interrupción de servicios, si los hubiera y las causas.
3. Si fuera necesario, utilicen hojas adicionales siguiendo el mismo patrón.
4. Las aportaciones al Sistema deberán cubrir el período total especificado.

Morales Ortíz, Olga		2002
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)		Número Seguro Social o Empleado
6 de enero de 1950	AFASS	16 de junio de 1981
Fecha de Nacimiento	Agencia en que prestó los servicios	Fecha primer descuento para Retiro

Clasificación del Puesto	Período de Servicios						Sueldo Mensual	Sueldo por hora	Horas Traba- jadas	Total Sueldos Devengados	Aportaciones al Sistema	Observaciones
	Desde			Hasta								
	D	M	A	D	M	A						
Enfermera II	20	8	79	30	9	79	555.00			769.84	Esta acogida	
"	1	10	79	30	6	80	590.00			5,310.00		
"	1	7	80	30	6	81	615.00			7,380.00		
"	1	7	81	30	6	82	615.00			7,380.00		
"	1	7	82	30	9	83	615.00			9,225.00		
"	1	10	83	31	3	84	645.00			3,870.00		
"	1	4	84	15	6	86	695.00			18,417.50		
"	16	6	86	30	9	86	722.00			2,527.00		
"	1	10	86	31	3	88	777.00			13,986.00		
"	1	4	88	31	7	88	817.00			3,268.00		
"	1	8	88	15	1	89	943.00			5,171.29		
"	16	1	89	31	8	89	1,049.00			7,884.42		
Enfermera III	1	9	89	31	12	89	1,134.00			4,536.00		

CERTIFICO CORRECTO:

21 de diciembre de 1989

FECHA

Lourdes T. Napoleoni-Funcionaria Ejec. III  
JEFE DE AGENCIA O SU REPRESENTANTE

Modelo OP-15  
Rev. 12 Feb. 70

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

OFICINA DE PERSONAL

## INFORME DE CAMBIO

1. Número del Cambio  
2. Número del Empleado

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES**  
**LEA AL DORSO**

## Antes del Cambio

## Después del Cambio

Núm.	Cambio a Efectuarse	Puesto Núm.	Puesto Núm.
3.	Nombre del Empleado		
4.	Título de Clasificación		
5.	Departamento o Agencia		
6.	División		
7.	Unidad o Sección		
8.	Dirección (del Trabajo)		
9.	Dirección (Postal)		
10.	Estado Civil		
11.	Clase de Nombramiento		
12.	Sueldo		
13.	Descuento para Retiro		
14.	Descuento para Ahorro		
15.	Descuento para Seguro		
16.	Descuento por Préstamos		
17.	Descuento por Contribución sobre Ingresos		
18.	Cuota para la Cruz Azul		
19.	Otros Descuentos		
20.	Obvenciones		
21.	Fecha de Efectividad		

22. Indique si se trata de:

☐ Ascenso☐ Traslado☐ Descenso☐ Cambio de Status☐ Reasignación

23. En caso de traslado a otra agencia—Licencia que debe acreditarse:

Por Enfermedad.....días

Para Vacaciones.....días

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Anual Concedida	Fecha de Separación (Ultimo día de pago)
24.	Renuncia		
25.	Separación en Período Probatorio		
26.	Destitución		
27.	Cesantía		

28. Muerte  
Fecha.....Hora.....Ultimo día de pago: Participante de Retiro  
☐ Sí ☐ No

29.	Suspensión:	Duración	De	A
30.	Licencia sin sueldo:	Duración	De	A
31.	Licencia Militar:	Duración	De	A
32.	Licencia de Maternidad:	Duración	De	A
33.	Licencia Especial para Estudio:	Duración	De	A

34. Reinstalación:

35. Comentarios y Explicaciones (Si necesita más espacio use el dorso)

36. En caso de cambio de puesto indique:

Examen sin Oposición ☐

Seleccionado de Terna Núm.....

Autorización Núm.....Nombre del anterior incumbente.....

37. Si el cambio es por traslado, el jefe de la agencia donde se origine el traslado o su representante autorizado firma aquí:

38. Firma del empleado en caso de traslado o cambio de nombre, descenso y cambio de puesto dentro de servicios

Por Oposición

Sin Oposición

Exento

39. Aprobado por:

Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Fecha:

40. Aprobado por:

41. Tarjeta perforada

42. Inscrito

Fecha:

Por:

Por:

43. Antes del Cambio						44. Después del Cambio							
A.F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub Div.	Asignación	Objeto	A.F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub Div.	Asignación	Objeto

DEJESE EN BLANCO

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
Administración de Facilidades y Servicios de Salud  
Area de Personal

AP-15 Especial

REGION Oeste

INFORME DE CAMBIO (AP-15) # CMM- 2358

NOMBRE: Olga Morales Ortiz

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: S.S. # -0002

Se notifica el siguiente aumento en el sueldo del empleado que se indica a continuación, en virtud de lo dispuesto por la Ley 84 del 4 de junio de 1983. El aumento de sueldo que se concede será efectivo al primero de abril de 1984.

ANTES DEL CAMBIO

DESPUES DEL CAMBIO

<u>Título de Clasificación</u>	<u>Enfermero II</u>	
<u>Sueldo Mensual</u>	<u>645.00</u>	<u>695.00</u>
<u>Diferencial</u>	<u>20.00</u>	<u>87.00</u>
<u>Total</u>	<u>665.00</u>	<u>722.00</u>

COMENTARIOS: Las condiciones que dieron origen prevalecen y se reajusta el  
diferencial según la norma establecida en la carta circular 2-83 de OCAP.

Febrero de 1984

FECHA

Oficial de Personal  
Firma de la Autoridad Nominadora o su  
Representante Autorizado



# CENTRO MEDICO DE MAYAGUEZ

DEPARTAMENTO DE SALUD

MAYAGUEZ, PUERTO RICO

APARTADO 1868  
MAYAGUEZ, P. R. 00708  
TELEFONO 832-8686

## VERIFICACION DE EMPLEO

Nombre: <u>Olga Morales Ortiz</u>	Seguro Social: <u>-0002</u>
--------------------------------------	--------------------------------

☒ Empleado Activo:

Clasificación: Enfermera II  
Sueldo : \$804.00 (Mensual)

Fecha de Nombramiento: 20 de agosto de 1979

Status Actual: ☒ Regular ( ) Probatorio ( ) Transitorio  
( ) Contrato ( ) Jornal ( ) Otro

Lugar de Trabajo: Depto. Maternidad

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ Empleado Inactivo:

Clasificación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nombramiento: \_\_\_\_\_

Fecha Separado: \_\_\_\_\_

Razón : \_\_\_\_\_

☐ Otros:

\_\_\_ No hay evidencia de empleo en los últimos dos años.

\_\_\_ Pertenece a \_\_\_\_\_ por lo que le referimos su  
solicitud de verificación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma Y Título: <u>Myriam Marty Feliciano</u> Funcionario Ejecutivo I	Fecha: <u>14 de enero de 1988</u>
---	--------------------------------------

OFICINA DE PERSONAL  
CENTRO MEDICO  
MAYAGUEZ, P. R.

AP-15  
Modelo 10/81

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD

1. Número del Cambio CMM-0257

1a. Región u Hospital  
Región Oeste

2. Número de Seguro Social del Empleado  
0002

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO**

**INFORME DE CAMBIO**

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortiz	
4. Puesto Núm.	E-1744	
5. Título de Clasificación	Enfermera II	
6. Programa	Nivel Terciario	
7. Departamento	Enfermería	
8. Facilidad	Hosp. Reg. Ramón E. Betances	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Mayaguez	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De Carrera	
12. Status del Empleado	Regular	
13. a. Sueldo Mens.	\$615.00	
b. Diferencial	20.00	\$40.00
Total	\$635.00	\$655.00
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	30.70	32.10
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros (A. E. E. L. A.)		
20. Obvenciones		
21. Otros Descuentos		
22. Fecha de Efectividad		11 de julio de 1983

23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto
	84	111	09	05	-	81	-	84	111	09	05	-	81	-

24. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o traslado Transitorio  
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditar: \_\_\_\_\_ Compensatorio \_\_\_\_\_ días.  
Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía			

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

31. Muerte: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Ultimo día de pago: \_\_\_\_\_ Participante de Retiro ☐ Sí ☐ No

32. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Se sustituye diferencial de un (1) paso de turnos rotativos (\$20.00) por dos (2) pasos (40.00) de turnos Alternos 3:00 A 11:00 P.M. y 11:00 A 7:00 A.M., mediante comunicación del Lic. José R. Feijoó del 13 de enero /78.

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. \_\_\_\_\_

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre de la Agencia o de la Unidad: \_\_\_\_\_

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origina el cambio o su representante autorizado firmará aquí: \_\_\_\_\_

36. Firma del empleado en casos que fuere necesario: \_\_\_\_\_

37. Aprobado por: \_\_\_\_\_ Oficial de Personal Int. 31 de agosto de 1983

Revisado o Aprobado por: \_\_\_\_\_ Jefe de la Agencia o su Representante

OFICINA DE PERSONAL  
CENTRO MEDICO MAYAGUEZ



ADMINISTRACION DE LOS SISTEMAS DE RETIRO

Gobierno de Puerto Rico

DESGLOSE DE PLAN DE PAGO

Nombre: OLGA MORALES ORTIZ  
(Nombre e Inicial, Apellido Paterno, Apellido Materno)

Seguro Social:           -      -      0002

Concepto: COSTOS DE LEY 31

Depósito	Deuda Actual	Desde	Hasta	Meses
\$ 00.00	\$ 9,821.01	Mayo/1998	Junio/2001	38

Términos del plan de pago:

Núm. de Mensualidades: 37      Pago: \$ 258.45

Mensualidad Adicional 1      Pago: \$ 258.36

Certifico que me comprometo a pagar la deuda descrita en este plan de pago bajo los términos y condiciones expuestos y que de incumplir con alguna de las disposiciones de este plan, se dará por terminado el mismo.

Olga Morales Ortiz  
Firma

Abril/22/1999  
Fecha

Dirección HC - 01 BOX 6236  
GUAYANILLA, PUERTO RICO 00656

**NOTA:** Haga sus pagos con cheque o giro postal a favor del Secretario de Hacienda y anote su número de Seguro Social al lado de su nombre.

Pagará retroactivo a Mayo de 1998 hasta Abril de 1999 la cantidad de \$ 3,101.40.

Sra. Ana N. López Carmoega  
Jefe, División de Cobro

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO****INFORME DE CAMBIO**

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortiz	
4. Puesto Núm.	D-0759	
5. Título de Clasificación	Enfermera III	
6. Programa	Nivel Primario	
7. Departamento		
8. Facilidad	C.D.T.	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Guánica	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De Carrera	
12. Status del Empleado	Regular	
13. a. Sueldo Mens.	\$1,556.00	
b. Diferencial	80.00	
Total	\$1,636.00	
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	5.775%	
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros (A. E. E. L. A.)		
20. Obvenciones		
21. Otros Descuentos		
22. Fecha de Efectividad		

## 23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD

A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto
02-5	03	22	45	00	60	PD-H3	03	00	111				

24. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o traslado Transitorio  
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio \_\_\_\_\_ días.  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días. Concedida \_\_\_\_\_ días. Licencia Regular \_\_\_\_\_ días. Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía	2 de mayo 1998	-----	2 de mayo de 1998

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Participante de Retiro ☐ Sí ☐ No  
 31. Muerte: Ultimo día de pago: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 32. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
 33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Cesantía de acuerdo a la comunicación de la Dra. Carmen Feliciano y de la Ley #190 del 5 de septiembre de 1996, enmendada por la Ley #31 del 6 de julio de 1997. Ultimo día de trabajo el 2 de mayo (AL DORSO)  
 34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. \_\_\_\_\_

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente:  
 35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:  
 36. Firma del empleado en casos que fuere necesario  
 37. Aprobado por: Sra. Lourdes T. Napoleoni  
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado  
 Fecha: MAY 11 1998  
 6 de mayo de 1998  
 OFIC. PERSONAL REGIONAL  
 A.F.A.S.S. REGION SUR

Revisado o Aprobado por:

LTN/vls

INFORME DE CAMBIO ESPECIAL

REGION SALUD SUR

NUMERO DE CAMBIO (AP-15) P-861

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado, en virtud de las nuevas escalas de sueldo fijadas por la Ley número 27 del 23 de julio de 1993, según enmendada por la Ley Número 107 del 8 de agosto de 1996, la cual dispone aumentos de sueldos y escalas de Retribución para el Personal de Enfermería a partir del 1 de julio de 1996.

Olga Morales Ortiz

Nombre del Empleado

0002

Número de Seguro Social

Enfermera III

Título de Clasificación

1022

Clase

4E

Escala

\$1,331.00

Mínimo

\$1,683.00

Máximo

D-0759

Número de Puesto

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual	\$1,431.00	\$1,556.00
Diferencial	80.00	80.00

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sra. Lourdes T. Napoleón

Firma de la Autoridad Nominadora o su  
Representante Autorizado

LTN/CH/vls

**APROBADO**

de mayo de 1998

Fecha

MAY 11 1998

OFIC. PERSONAL REGIONAL  
A.F.A.S.S. REGION SUR

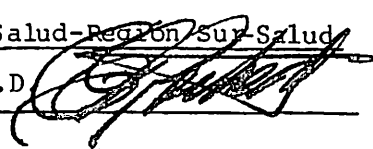
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD  
REGION SUR DE SALUD  
PONCE, PUERTO RICO 00731  
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

27 de noviembre de 1989

VERIFICACION DE EMPLEO

Señores:

A petición del solicitante nombrado a continuación, nos  
place confirmar la siguiente información:

1. Nombre del solicitante	<u>Olga Morales Ortíz ( -0002)</u>
Dirección residencial	<u>Bo. Magas Arriba HC-01 Box 6236</u> <u>Guayanilla, Puerto Rico 00656</u>
Puesto que ocupa	<u>Enfermera III</u>
Empleado desde	<u>20 de agosto de 1979</u>
Sueldo Mensual	<u>\$ 1,134.00</u>
Su empleo es	<u>X</u> Permanente <u>      </u> Temporero <u>      </u> Otros <u>4% de los primeros \$6,000.00</u>
2. Otros Ingresos	<u>anuales de su sueldo (ANUAL) Concepto Bono Navideño</u>
3. Nombre del Patrono	<u>Adm. Facs. y Servs. de Salud-Región Sur-Salud</u>
Firma del Informante	<u>Cristóbal E. Roubert, J.D.</u> 
Título Oficial	<u>Oficial de Personal</u>
Teléfono del Patrono	<u>840-8730 ext. 211, 210 o 208</u>

CER/ nis

OFIC. DE PERSONAL REGIONAL  
A.F.A.S.S.-REGION SUR

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD  
REGION SUR DE SALUD  
PONCE. PUERTO RICO 00731  
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

2 de mayo de 1990

A : Sra. Olga Morales Ortíz  
Enfermera III  
C.D.T. Guánica

P/C : Dr. Giordano San Antonio  
Director Regional  
Región de Salud Sur

P/C : Sra. Aida E. Colón Cruz  
Directora Enfermeras  
Región de Salud Sur

DE : Sra. Lourdes T. Napoleoni  
Oficial de Personal Int.  
Región de Salud Sur

ASUNTO : NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO REGULAR

Nos place informarle que desde el 1ro. de mayo de 1990 ha pasado usted a ser empleado regular como Enfermera III en la Región de Salud Sur con un sueldo mensual de \$1,134.00 despues de completar satisfactoriamente los ocho meses del período probatorio requerido por la Ley de Personal.

Esperamos continúe usted brindando en todas las funciones relacionadas con su puesto la misma cooperación demostrada hasta la fecha como se espera de todo buen servidor público.

LTN/ rnt  
Anejos

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD  
REGION SUR DE SALUD  
PONCE, PUERTO RICO 00731  
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

2 de mayo de 1990

A : Sra. Olga Morales Ortíz  
Enfermera III  
C.D.T. Guánica

P/C : Dr. Giordano San Antonio  
Director Regional  
Región de Salud Sur

P/C : Sra. Aida E. Colón Cruz  
Directora Enfermeras  
Región de Salud Sur

DE : Sra. Lourdes T. Napoleoni  
Oficial de Personal Int.  
Región de Salud Sur

ASUNTO : NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO REGULAR

Nos place informarle que desde el 1ro. de mayo de 1990 ha pasado usted a ser empleado regular como Enfermera III en la Región de Salud Sur con un sueldo mensual de \$1,134.00 despues de completar satisfactoriamente los ocho meses del período probatorio requerido por la Ley de Personal.

Esperamos continúe usted brindando en todas las funciones relacionadas con su puesto la misma cooperación demostrada hasta la fecha como se espera de todo buen servidor público.

LTN/ rnt  
Anejos

AP-15  
Modelo 10/81Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD

1. Número del Cambio P-1688

1a. Región u Hospital

Salud Sur

2. Número de Seguro Social del Empleado

-0002

**IMPORTANTE  
INSTRUCCIONES:  
LEA AL DORSO****INFORME DE CAMBIO**

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio Pres. 402	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortíz	
4. Puesto Núm.	D-0759	
5. Título de Clasificación	Enfermera III	
6. Programa	Nivel Primario	
7. Departamento		
8. Facilidad	Centro Diagnóstico y tratamiento	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Guánica	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De carrera	De carrera
12. Status del Empleado	Probatorio	Regular
13. a. Sueldo Mens.		
b. Diferencial		
Total		
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro		
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros (A. E. E. L. A.)		
20. Obvenciones		
21. Otros Descuentos		
22. Fecha de Efectividad		1 de mayo de 1990

23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto
	02	5-03	22-45	5-00	60	PD-H3	H3-00	1-11						

24. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☒ Cambio de Status ☐ Ascenso o traslado Transitorio  
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio \_\_\_\_\_ días.  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_\_ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía			

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

31. Muerte: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Ultimo día de pago: \_\_\_\_\_ Participante de Retiro ☐ Sí ☐ No

32. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Se acompaña AP-35.

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. \_\_\_\_\_  
 Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente: \_\_\_\_\_

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí: \_\_\_\_\_

36. Firma del empleado en casos que fuere necesario \_\_\_\_\_  
 Fecha: MAY - 8 1990

37. Aprobado por: Lourdes T. Napoleoni-Ofic. Pers. Int. \_\_\_\_\_  
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Revisado o Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 OFIC. DE PERSONAL REGIONAL  
 A.F.A.S.S. REGION SUR

AP-35  
Rev. 1/81Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD  
Area de PersonalINFORME SOBRE TRABAJO DE EMPLEADOS  
EN PERIODO PROBATORIO

## IMPORTANTE: INSTRUCCIONES AL DORSO

1. Nombre del empleado <b>Olga Morales Ortiz</b>	2. Número de Seguro Social <b>-0002</b>	3. Título de Clasificación del Puesto <b>Enfermera III</b>
4. Región u Hospital <b>C.D.T. Guánica</b>	5. División, Sección o Unidad <b>Enfermería</b>	6. Fecha en que vence el periodo probatorio <b>30 de abril de 1990</b>

FACTORES	SOBREPASA	ALCANZA	NO ALCANZA	COMENTARIOS
1. PRODUCTIVIDAD: La cantidad de trabajo que realiza el empleado.		✓		
2. EFICIENCIA: La calidad del trabajo que realiza el empleado.		✓		
3. CONOCIMIENTOS SOBRE EL TRABAJO: Se refiere al dominio que ejerce sobre los distintos aspectos que componen su área de especialización.		✓		
4. HABILIDAD PARA APRENDER: La rapidez y corrección con que el empleado aprende a ejecutar los deberes después de recibir las instrucciones.		✓		
5. ASISTENCIA: La regularidad y puntualidad con que el empleado cumple con el horario diario de trabajo.		✓		
6. CONFIABILIDAD: La capacidad observada en el empleado para captar y seguir instrucciones, asumir sus responsabilidades y ejecutar sus tareas con relativa independencia.	✓			
7. INTEGRIDAD: La ausencia de sospecha, involucración o convicción por actos contrarios a la política pública, la Ley y la moral. La adhesión sincera y evidente a altos ideales morales profesionales.	✓			
8. SOCIABILIDAD: La conducta del empleado en sus contactos con los demás empleados, supervisores y usuarios de servicios de la agencia.		✓		
9. COOPERACION: La actitud y disposición para colaborar en la consecución de los objetivos del servicio.	✓			
10. INICIATIVA Y CREATIVIDAD: Cuando el empleado hace uso de sus talentos y capacidades especiales y los pone al servicio de la agencia		✓		

CERTIFICO que los servicios rendidos por este empleado durante el periodo probatorio (fueron-no fueron) satisfactorios y que (continuará-no continuará) como empleado regular.

Indique si la no aprobación del periodo probatorio se debió a:

☐ Servicios ☐ Hábitos ☐ Actitudes

**Gerardo T. Napoleoni**

**30 de abril 1990**

Firma del Jefe de la Agencia

Fecha

CERTIFICO que la evaluación del empleado de referencia se hizo de conformidad con las guías emitidas por la AFASS y que la misma cubre el periodo comprendido entre el Diciembre 20 1989 y el 30 abril 1990 y que el resultado de ésta se discutió con el empleado.

**Rosa Celia de Juan**  
Firma del Supervisor Inmediato

**9-IV-90**  
Fecha

**Ramona Riqui Rodríguez**  
Firma Revisor

**11-IV-90**  
Fecha

AP-15  
Especial  
5-90Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
Administración de Facilidades y Servicios de Salud  
Area de Personal*E*  
*C.D.T. Guzmán*

## INFORME DE CAMBIO ESPECIAL

REGION Salud SurNUMERO DE CAMBIO (AP-15) P-3066

Se notifica el siguiente cambio en el sueldo de este empleado, en virtud de lo dispuesto por la Ley número 7 del 7 de mayo de 1989 la cual provee un aumento de sueldo general de \$50.00 mensuales para los empleados públicos a partir del primero de julio de 1990.

<u>Olga Morales Ortíz</u>	<u>-0002</u>	<u>D-0759</u>
Nombre del Empleado	Número de Seguro Social	Número del Puesto
<u>Enfermera III</u>	<u>De Carrera Regular</u>	<u>1022</u> <u>26</u>
Título de Clasificación	Status del Empleado	Clase Escala
<u>\$1,006.00</u> <u>\$1,358.00</u>	<u>02-5-03-22-45-00-60-PD_-H3-H3-00-1-111</u>	
Mínimo Máximo	Cifra de Cuenta de Nómina	

ANTES DEL CAMBIO		DESPUES DEL CAMBIO
Sueldo Mensual	\$1,134.00	\$1,184.00
Diferencial	\$163.00	\$163.00

Observaciones: \_\_\_\_\_

*Loures T. Napoleoni*

LOURDES T. NAPOLEONI - OFICINA DE PERSONAL

27 de junio de 1991

Firma de la Autoridad Nominadora o su  
Representante Autorizado

Fecha

jmd

APROBADO

JUN 27 1991

OFICINA DE PERSONAL  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
REGION SUR

# ASOCIACION DE EMPLEADOS DEL E.L.A. DE PUERTO RICO

## NOTIFICACION DE PRESTAMO CONCEDIDO

CHEQUE Y COMPROBANTE NUMERO	07501
FECHA	MAR-07-1981
NUM. EXPEDIENTE	11000100
PERMANENTE	PERMANENTE

SERGIO CRISTIAN  
DE-UI DE LA 0230  
GUAYANILLA, P.R. 00931  
COMP 17502

15
DEPTO
NEG

40 FACILIDADES SERV SALUD

CLAVE	DESCRIPCION	IMPORTE
06	PRESTAMO ..... S	800.00
	INTERESES A DESCONTAR: .....	
08P	DEUDA PRESENTE ..... 0.18	
08C	DEUDA ANTERIOR .....	
	DEUDA ENSERES .....	
	DEUDA GOMAS .....	
	DEUDA LOTES .....	
	DEUDA CENTRO .....	
	DEUDA S. AUTO .....	
	DEUDA S. OPC. ....	
	TOTAL INTERESES A DESCONTAR .....	0.1800
	PRESTAMOS A DESCONTAR:	
163	DEUDA VIGENTE .....	
177	DEUDA ENSERES .....	
178	DEUDA GOMAS .....	
165	DEUDA LOTES .....	
16A	DEUDA S. AUTO .....	
169	DEUDA CENTRO .....	
167	DEUDA S. OPC. ....	
163	DEUDA OTROS .....	
	TOTAL DEUDAS A DESCONTAR .....	
	OTROS DESCUENTOS:	
09-A	PRIMA GARANTIA ESPECIAL .....	
03-D	SEGURO DEUDA DEVENGADO .....	0.10
03-D	SEGURO DEUDA-NUEVO PRESTAMO .....	
03	CUOTAS SEGURO ATRASADAS .....	
	CARGO POR SERVICIO .....	
	TOTAL OTROS DESCUENTOS .....	0.1000
	CREDITOS:	
18-R	INTERESES NO DEVENGADOS DEUDA ANTERIOR .....	
13-D	SEGURO DE DEUDA NO DEVENGADO .....	
	TOTAL CREDITOS: .....	
040.44	TOTAL A DESCONTAR: .....	11.2800
	BALANCE A SU FAVOR: ..... S	688.72

0400487		583-30-000		AMORTIZACION MENSUAL					08-D	NUM. CONTROL DE NOMINA	
				26	24.94	03/88	03/90	03/87			
NUMERO EMPLEADO	NUMERO SEGURO SOCIAL	NUM. PLACA POLICIA	NUM PAGOS	CANTIDAD	FECHA PRIMER PAGO	FECHA ULTIMO PAGO	FECHA RENOVACION	INTERESES DIFERIDOS		00 NUEVO	
									A	11 RENOVACION	

AL RECIBIR ESTE PRESTAMO, USTED ES RESPONSABLE, ENTRE OTRAS, DE LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:

- ESTAR ATENTO DE QUE SU AGENCIA LE EFECTUE LOS DESCUENTOS DE SU PRESTAMO. LA CANTIDAD A DESCONTAR DE SU SUELDO Y LA FECHA DEL PRIMER PAGO ESTAN INDICADAS EN LOS ESPACIOS PROVISTOS INMEDIATAMENTE SOBRE ESTE AVISO.
- SI SU AGENCIA NO EFECTUA LOS DESCUENTOS CORRESPONDIENTES POR NOMINA, ES SU OBLIGACION REMITIR A LA ASOCIACION INMEDIATAMENTE LAS AMORTIZACIONES Y/O LAS DIFERENCIAS EN AMORTIZACION ATRASADAS, MEDIANTE PAGO DIRECTO.
- SI SUS PAGOS NO SON RECIBIDOS REGULARMENTE, NO DEBERA ESPERAR A LA FECHA DE RENOVACION PARA CORREGIR ESTE ATRASO; DE LO CONTRARIO NO PODRA RENOVAR SU PRESTAMO EN EL MISMO MES QUE TRAMITO SU PRESTAMO ANTERIOR. LA REFERIDA FECHA SE APLAZARA HASTA HABER PAGADO MEDIANTE DESCUENTO DE NOMINA EL O LOS PLAZOS AL DESCUBIERTO. NO SE ACEPTARAN PAGOS DIRECTOS CON EL FIN DE TENER DERECHO A RENOVAR AL NO HABER CUMPLIDO CON LO ANTERIORMENTE DISPUESTO.
- SI EN SU ULTIMA RENOVACION LA DEUDA ANTERIOR NO LE FUE DESCONTADA, USTED NO SE RELEVA DE LA RESPONSABILIDAD DE LA MISMA.
- LOS PLAZOS VENCIDOS AL DESCUBIERTO DEVENGARAN INTERESES Y LOS MISMOS NO PODRAN SER CONDONADOS.

AL TRAMITARSE ESTE PRESTAMO, SE HA COBRADO INTERESES SOLO POR LA FRACCION DEL MES EN CURSO Y EL SIGUIENTE MES A LA FECHA EN QUE SE HA EXPEDIDO EL CHEQUE. A PARTIR DEL PRIMERO DEL TERCER MES, SU DEUDA COMENZARA A DEVENGAR INTERESES LOS CUALES SERAN DESCONTADOS DE SU SUELDO COMO PARTE DE LA AMORTIZACION MENSUAL HASTA EXTINGUIR LA DEUDA EN SU TOTALIDAD O TRAMITARSE UN NUEVO PRESTAMO. EN LAS RENOVACIONES DE PRESTAMOS, LA DEUDA ANTERIOR SE DETERMINA CONSIDERANDO QUE LAS AMORTIZACIONES DEL MES EN CURSO Y EL SIGUIENTE SERAN RECIBIDAS.

AP - 15  
Modelo 10/ 81

Exhibit Page 23 of 25

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
Departamento de Salud  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD

1. Número del Cambio

P-808

1a. Región u Hospital

Salud Sur

2. Número de Seguro Social del Empleado

-0002

**IMPORTANTE**  
**INSTRUCCIONES:**  
**LEA AL DORSO****INFORME DE CAMBIO**

Cambio a Efectuarse	Antes del Cambio 402	Después del Cambio
3. Nombre del Empleado	Olga Morales Ortiz	
4. Puesto Núm.	D-0759	
5. Título de Clasificación	Enfermera III	
6. Programa	Nivel Primario	
7. Departamento		
8. Facilidad	C.D.T.	
9. Ubicación Geográfica del Puesto	Guánica	
10. Estado Civil		
11. Categoría del Empleado	De Carrera	
12. Status del Empleado	Regular	
13. a. Sueldo Mens.	\$1,556.00	
b. Diferencial	80.00	
Total	\$1,636.00	
14. Descuento para Contribución sobre Ingresos		
15. Descuento para Seguro Social		
16. Descuento para Aportación Sistema de Retiro	5.775%	
17. Descuento para Servicios Médicos		
18. Descuento para Ahorros (A. E. E. L. A.)		
19. Descuento para Seguros (A. E. E. L. A.)		
20. Obvenciones		
21. Otros Descuentos		
22. Fecha de Efectividad		

	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto	A. F.	Fondo	Agencia	Div.	Sub. Div.	Asignación	Objeto
23. SIMBOLOS DE CONTABILIDAD	02-5	-03	22-45	-00-60	-PD	H3-H3	-00-1-111							

24. Indique si se trata de: ☐ Ascenso ☐ Cambio de Categoría ☐ Cambio de Status ☐ Ascenso o traslado Transitorio  
☐ Descenso ☐ Reclasificación ☐ Reinstalación ☐ Reubicación ☐ Traslado ☐ Nuevo Nombramiento ☐ Aumento de Sueldo

25. En caso de cambio a otra agencia indique - Licencia a acreditarse: Compensatorio \_\_\_\_ días.  
 Licencia Enfermedad \_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_ días, Licencia Regular \_\_\_\_ días, Concedida \_\_\_\_ días.

	Ultimo Día de Trabajo	Licencia Previamente Concedida	Fecha de Efectividad de la Separación
26. Renuncia			
27. Separación			
28. Destitución			
29. Cesantía	2 de mayo 1998	-----	2 de mayo de 1998

30. Suspensión de Empleo y Sueldo: Duración: De A

31. Muerte: Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Ultimo día de pago: \_\_\_\_\_ Participante de Retiro ☐ Sí ☐ No

32. Clase de Licencia: ☐ Para estudio ☐ Especial con paga ☐ Maternidad  
☐ Militar sin Sueldo ☐ Sin Sueldo

Duración: \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

33. Comentarios y Explicaciones (si necesita más espacio use el dorso) Cesantía de acuerdo a la comunicación de la Dra. Carmen Feliciano y de la Ley #190 del 5 de septiembre de 1996, enmendada por la Ley #31 del 6 de julio de 1997. Ultimo día de trabajo el 2 de mayo

34. Si el cambio de puesto es por Certificación de Elegibles indique: Certificación de Elegibles Núm. (AL DORSO)

Si el cambio es a otro puesto, indique el nombre del anterior incumbente:

35. Si el cambio es a otra agencia el jefe de la agencia donde se origine el cambio o su representante autorizado firmará aquí:

36. Firma del empleado en casos que fuere necesario

37. Aprobado por: Sra. Lourdes T. Napoleoni Fecha: MAY 11 1998  
 Jefe de la Agencia o su Representante Autorizado

Revisado o Aprobado por: LTN/vls Fecha: 6 de mayo de 1998  
 OFIC. PERSONAL REGIONAL  
 A. F. A. S. S. REGION SUR

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
ADMINISTRACION DE FACILIDADES Y SERVICIOS DE SALUD  
REGION SUR DE SALUD  
PONCE, PUERTO RICO 00731  
OFICINA DE PERSONAL REGIONAL

2 de mayo de 1990

A : Sra. Olga Morales Ortíz  
Enfermera III  
C.D.T. Guánica

P/C : Dr. Giordano San Antonio  
Director Regional  
Región de Salud Sur

P/C : Sra. Aida E. Colón Cruz  
Directora Enfermeras  
Región de Salud Sur

DE : Sra. Lourdes T. Napoleoni  
Oficial de Personal Int.  
Región de Salud Sur

ASUNTO : NOTIFICACION DE NOMBRAMIENTO REGULAR

Nos place informarle que desde el 1ro. de mayo de 1990 ha pasado usted a ser empleado regular como Enfermera III en la Región de Salud Sur con un sueldo mensual de \$1,134.00 despues de completar satisfactoriamente los ocho meses del período probatorio requerido por la Ley de Personal.

Esperamos continúe usted brindando en todas las funciones relacionadas con su puesto la misma cooperación demostrada hasta la fecha como se espera de todo buen servidor público.

LTN/ rnt  
Anejos

**INSTRUCCIONES**

1. Use este formulario para informar cualquier cambio de personal.
2. Llene todos los apartados del 1 al 12 en la columna bajo el título "ANTES DEL CAMBIO" en todos los formularios que someta.
3. Llene además todos los apartados relacionados con el cambio que desea informar.
4. Al informar una renuncia o descenso adhiera una copia de la carta del empleado.
5. En casos de separación, suspensión, destitución o cesantía adhiera copia de la carta enviada al empleado dando las razones para el cambio.

**ESCRIBA AQUI CUALQUIER INFORMACION QUE NO PUEDA INCLUIR EN EL APARTADO 33 POR FALTA DE ESPACIO.**

Empleada se acogerá a la Ley 31.

NOTA: CESANTIA EFECTIVA EL 2 de mayo de 1998.

de 1998. El 3 de mayo domingo. Licencia regular para pago global 13½ días del 4 al 21m mayo de 1998. Licencia por enfermedad para pago global 90 días del 21m de mayo al 30m de septiembre de 1998.